

УДК 616.248-053.2-03665-07

Т.Л.Безрукова, Л.О.Безруков, С.І.Сажин

ОСОБЛИВОСТІ СТАРТОВОГО ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМ ЙОГО ПРОГНОЗОМ (РЕЗУЛЬТАТИ БАГАТОРІЧНОГО КАТАМНЕСТИЧНОГО НАГЛЯДУ)

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб (зав. – проф. О.К.Колоскова)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. На підставі проведеного катamnестичного спостереження вивчені основні чинники формування бронхіальної астми в дітей. Показано, що ризик повторних епізодів бронхіальної обструкції не залежить від так-

тики призначення лікарських засобів та тривалості лікування першого епізоду бронхообструктивного синдрому.

Ключові слова: бронхообструктивний синдром, бронхіальна астма, катamnез, діти.

Вступ. Останнім часом з'явилося багато суперечливих та неоднозначних повідомлень [11] про чинники ризику виникнення та прогресування бронхіальної астми (БА) в дітей, можливості та частоту її трансформації в бронхіальну астму дорослих. Такі розбіжності відомостей пояснюються різним складом спостережуваних хворих, термінами та методиками віддалених обстежень, розбіжностями у визначенні БА, а також клінічним та віковим поліморфізмом захворювання [1].

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у 30-40 % хворих раннього віку, які отримують лікування в умовах стаціонару, спостерігається синдром бронхіальної обструкції (БОС) [8]. У більшості випадків цей синдром має епізодичний і транзиторний характер, і такі пацієнти не потребують спеціального протирецидивного лікування. Водночас уже перші епізоди бронхообструктивного синдрому можуть бути дебютом БА, яка в подальшому, порушуючи нормальний розвиток дитини, вимагає тривалої, що контролює, протирецидивної терапії [7, 9]. Попри неоднозначність оцінки ефективності такої терапії, складається враження, що раннє призначення протизапальних препаратів здатне призупинити хронізацію цього захворювання та досягти якщо не видужання, то стійкої та тривалої ремісії [3]. Проте з практичної точки зору, таке профілактичне лікування не стає реальним через неможливість у кожному конкретному випадку відрізнити дебют БА від її транзиторних масок [2, 6, 10].

Мета дослідження. Для покращання результатів лікування бронхообструктивного синдрому в дітей із гострими респіраторними захворюваннями вивчити особливості його стартової терапії в пацієнтів із різним прогнозом персистування бронхіальної обструкції.

Матеріал і методи. Методом ретроспективної когорти проаналізовано результати катamnестичного спостереження за 700 дітьми, які в ранньому віці отримували стаціонарне лікування з приводу перших епізодів БОС, котрі виникали на фоні гострого респіраторного захворювання (ГРЗ). Нами сформовано дві клінічні групи. До першої (основної) групи увійшли 312 хворих, в яких після лікування в стаціонарі в подальшому спостерігалися повторні епізоди обструкції брон-

хів. До другої клінічної групи (порівняння) увійшло 388 дітей, в яких після виписки зі шпиталю випадки БОС не реєструвалися.

Середній вік пацієнтів I клінічної групи наприкінці спостереження склав $14,5 \pm 0,34$ року, а середня тривалість катamnестичного спостереження за її представниками становила $12,5 \pm 0,36$ року. Середній вік пацієнтів II групи наприкінці дослідження сягав $16,6 \pm 0,2$ року, а середня тривалість катamnестичного спостереження – $15,1 \pm 0,2$ року.

Комплексне обстеження включало загальноклінічні, імунологічні та алергологічні методи дослідження. Одержані результати дослідження аналізувалися за допомогою комп'ютерних пакетів "STATISTICA" StatSoft Inc. та Excel XP для Windows на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення.

Результати дослідження та їх обговорення. Виходячи з особливостей формування патології в катamnезі в дітей, які в грудному і ранньому віці виявляли БОС на фоні ГРЗ, напевне, можна було очікувати у створених клінічних групах певні розбіжності у використанні дезобструктивних, антибактеріальних, дезінтоксикаційних та інших медикаментозних засобів у дебюті захворювання (табл.).

Таким чином, дітям I клінічної групи вірогідно частіше призначалися всі групи зазначених препаратів, що, ймовірно, зумовлювалося клінічно-параклінічними особливостями перебігу захворювання в цих хворих та/або недостатньою ефективністю інших медикаментозних засобів.

Частота використання еуфіліну та його похідних як бронходилатуючий засіб не різнилась у дітей клінічних груп спостереження, проте інгаляції та/або пероральний прийом антагоністів іонів кальцію (верапаміл, ніфедипін) вірогідно частіше спостерігався в комплексному лікуванні дітей зі сприятливими наслідками бронхообструктивного синдрому, тобто пацієнтам без його рецидивів (зокрема, у I групі – $12,2 \pm 1,9$ % хворих, в у II групі – у $17,6 \pm 1,9$ % дітей, $p < 0,05$). Водночас у представників основної групи встановлено слабкі, високо вірогідні зворотні кореляційні зв'язки між застосуванням цих препаратів та атопічною формою бронхіальної астми ($R =$

Таблиця

Характеристика медикаментозних засобів, призначених у дебюті захворювання пацієнтам клінічних груп порівняння

Клінічні групи		Кількість дітей	Частота випадків використання (%)					
			інфузійної терапії	сГКС		β-агоністів	кромолінів	антигістамінних
				нетривало	тривало			
I	основна	311	20,3±2,3	20,9±2,3	4,5±1,2	77,5±2,4	7,1±1,4	25,4±2,5
II	порівняння	387	12,1±1,7	11,1±1,6	1,0±0,5	59,2±2,5	1,8±0,7	17,8±1,9
p			<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,02

0,28, $p=0,001$), а також ступенем тяжкості перебігу захворювання ($R=-0,21$ $p=0,001$) в катамнезі. Отримані результати пояснювалися, напевне, активним блокуванням цими препаратами надходження мембранозв'язаного кальцію до цитоплазми імунокомпетентних клітин, що, насамкінець, протидіяло розвитку алергійної реакції [1].

За частотою використання інгаляційних глюкокортикостероїдів (іГКС) клінічні групи порівняння суттєво не відрізнялися. Так, іГКС призначалися 37,6±2,7 % хворих основної групи та 34,6±2,4 % дітей групи порівняння ($p>0,05$). Такі дані узгоджуються з результатами інших досліджень, які вказують на швидке покращання показників зовнішньої функції легенів при інгаляціях ГКС, проте низьку ефективність застосування коротких курсів іГКС у перериванні хронічного запального процесу дихальних шляхів [6].

Оцінка частоти призначення антибактеріальних препаратів хворим клінічних груп спостереження не виявила вірогідної відмінності даних через те, що в I групі вони призначалися в 44,0±2,8 % випадків, а в II групі – у 47,8±2,5 % спостережень ($p>0,05$). На нашу думку, це пов'язувалося з труднощами диференційної діагностики інфекційної природи бронхообструктивних станів у дітей раннього віку [4]. Можна припустити, що нерациональне використання антибактеріальних препаратів, особливо в дітей із atopічною реактивністю організму, у подальшому може призводити до широкого спектра побічних ефектів [5].

Частота використання в лікувальному комплексі пацієнтів основної групи специфічної гіпосенсибілізації становила 3,5±1,0 % випадків та дорівнювала 0,7±0,4 % спостережень у групі порівняння ($p<0,02$). Цілком можливо, що частіше призначення хворим I клінічної групи вказаного методу лікування пов'язувалося з вірогідним переважанням серед них дітей із різко позитивними результатами шкірних проб із небактеріальними алергенами.

Муколітики/кінетики, вітаміни, інгаляції трав, кінезіо- та фізіотерапія використовувалися у дітей I та II клінічних груп із частотою 99,4±0,4 % та 99,2±0,4 % спостережень відповідно ($p>0,05$).

Загальна кількість медикаментів, які входили до комплексного стаціонарного лікування, була

ла вірогідно більшою в дітей основної групи та становила в середньому 7,2±0,3 проти 6,0±0,2 у пацієнтів групи порівняння ($p<0,01$). Це, мабуть, зумовлювалося виразнішою тяжкістю БОС та тривалішим збереженням цього синдрому в дітей основної клінічної групи, що зумовило довший термін госпіталізації хворих даної групи та інтенсивніше й триваліше призначення їм різноманітних медикаментів.

Диспансерне спостереження після виписки зі стаціонару в 45,9±3,6 % хворих I групи та 2,6±0,8 % дітей II клінічної групи ($p<0,01$) проводилося за певною схемою нагляду за хворими на БА. У 42,3±3,5 % пацієнтів основної групи та в 28,4±2,3 % осіб групи порівняння ($p<0,01$) диспансерне спостереження здійснювалося за нозологією „рецидивний обструктивний бронхіт”. Спостереження за дітьми, як за реконвалесцентами гострої респіраторної інфекції (зокрема, пневмонії, ГРВІ), проводилося в пацієнтів I та II клінічних груп порівняння з частотою 11,9±2,3 % та 69,0±2,3 % відповідно ($p<0,01$).

Висновки

1. Комплексна терапія осіб на госпітальному етапі та рекомендації щодо подальшого їх лікування, у цілому, відображали сучасні, на момент стаціонарного лікування, погляди на етіологічне підґрунтя бронхіальної обструкції.

2. Комплекс використаних заходів виявився недостатнім як з точки зору індивідуального призначення, так і за якістю та тривалістю його застосування.

3. Після комплексного стаціонарного лікування 312 дітей (44,6 % від загальної кількості пролікованих пацієнтів) продовжували страждати на напади бронхіальної обструкції. З них у 75,7 % випадків ці епізоди бронхіальної обструкції набули персистувального характеру та типових ознак бронхіальної астми.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні проспективних популяційних досліджень ефективності лікування, що базується на вимогах сучасних лікувальних протоколів.

Література

1. Бронхиальная астма у детей / Под ред. С.Ю.Каганова. – М.: Медицина, 1999. – 368 с.

2. Быкова Е. Факторы риска развития бронхиальной астмы у детей раннего возраста / Е.Быкова, В.Котлуков // Врач. – 2003. – № 8. – С. 34-36.
3. Ильченко В.А. Прогностические критерии эффективности ингаляционных глюкокортикостероидов при нетяжелой бронхиальной астме / В.А.Ильченко, С.С.Кольцун, С.А.Терпигорев // Клин. мед. – 2003. – № 1. – С. 32-36.
4. Соколова Л.В. Диагностические ошибки при бронхиальной астме у детей / Л.В.Соколова // Пульмонология. – 2002. – № 1. – С. 72-77.
5. Cohet C. Infections, medication use, and the prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and eczema in childhood / C.Cohet, S.Cheng, C.MacDonald // J. Epidemiol. Community Health. – 2004. – Vol. 58. – P. 852-857.
6. Global strategy for asthma management and prevention. National institutes of health. National Heart, Lung and Blood Institute. Revised, 2002. – 176 p.
7. Landau L.I. Early childhood asthma. Definitions and early natural history / L.I.Landau // MJA. – 2002. – Vol. 177 (Suppl.). – P. 38-39.
8. Martinati L.C. Clinical diagnosis of wheezing in early childhood / L.C.Martinati, A.L.Boner // Allergy. – 1995. – Vol. 50. – P. 701-710.
9. Martinez F.D. Toward asthma prevention – does all that really matters happen before we learn to read? / F.D.Martinez // NEJM. – 2003. – Vol. 349, № 15. – P. 1473-1475.
10. Mutius E. Paediatric origins of adult lung disease / E.Mutius // Thorax. – 2001. – Vol. 56. – P. 153-157.
11. Russell G. Asthma in the transition from childhood to adulthood / G.Russell // Thorax. – 2002. – Vol. 57. – P. 96-97.

ОСОБЕННОСТИ СТАРТОВОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ ЕГО ПРОГНОЗОМ (РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Т.Л.Безрукова, Л.А.Безруков, С.И.Сажин

Резюме. На основании проведенного катамнестического исследования изучены основные причины формирования бронхиальной астмы у детей. Показано, что риск повторных эпизодов бронхиальной обструкции не зависит от тактики назначения лечебных препаратов и продолжительности лечения первого эпизода бронхообструктивного синдрома.

Ключевые слова: бронхообструктивный синдром, бронхиальная астма, катамнез, дети.

PECULIARITIES OF THE INITIAL TREATMENT OF THE SYNDROME OF BRONCHIAL OBSTRUCTION IN CHILDREN WITH ITS DIFFERENT PROGNOSIS (THE RESULTS OF A LONG-TERM CATAMNESTIC OBSERVATION)

T.L.Bezrukova, L.O.Bezrukov, S.I.Sazhyn

Abstract. On the basis of a catamnesic observation performed by the authors the principal factors of the incipience of bronchial asthma in children have been studied. It has been demonstrated that the risk of the recurrent episodes of bronchial obstruction doesn't depend on the policy of prescribing drugs and the duration of treating the first episode of the bronchoobstruction syndrome.

Key words: bronchoabstruction syndrome, bronchial asthma, catamnesis, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Т.В.Сорокман

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol. 13, № 2. – P. 6-8

Надійшла до редакції 16.03.2009 року